

**PB-004****Prenatal tanı alan vasa previa: Olgu sunumu**

İlay Gözükara<sup>1</sup>, Dilek Şilfeler<sup>1</sup>, Oya Karapınar<sup>1</sup>, Nesrin Atcı<sup>2</sup>, Arif Güngören<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay, <sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

**Amaç:** Vasa previa nadir görülen ciddi fetal distress veya fetal ölüme sebep olabilen bir durumdur. Bu yazıda prenatal tanı alan bir vasa previa hastası değerlendirildi.

**Olgu:** 30 yaşında gravidası 1 olan hasta, 28. haftada rutin gebelik muayenesi için ilk kez polikliniğe başvurdu. Soygeçmişinde 1. derece akrabalarda MTHFR homozigot mutasyon hikayesi olan hastanın özgeçmişinde MTHFR mutasyon veya ek bir hastalık öyküsü yoktu. Genel durumu iyi ve kan grubu ARh (+) olan hastanın TA 110/80 mmHg olarak değerlendirildi. Ultrasonografik değerlendirmede 28 hafta ile uyumlu tek canlı fetus, amnion mayı yeterli ve servikal yerleşimli kord izlendi. Kordonun plasentanın servikal osa yakın marjinden insersiyonu olduğu renkli akım doppler USG ile doğrulandı ve vasa previa düşünüldü. Hastada ilerleyen haftalarda da plasenta değerlendirildi ve internal servikal os hizasında kordonun görüntüsü persiste etti. Hastaya 38. haftada planlı sezaryen ile 3000 g canlı erkek bebek baş gelişle doğurtuldu. Plasenta ve ekleri tamamen ayrıldı. Plasentanın vasa previa ile uyumlu olduğu doğrulandı. Takiplerinde ek problem olmayan hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

**Sonuç:** Vasa previa yaklaşık 5000 doğumda bir görülen nadir bir durumdur. Başlıca iki sebebinden birincisi kordon membranlara velamentöz insersiyonu ikincisi bilobule plasenta ya da plasenta succentriata varlığında plasental lobların arasından vasküler yapıların geçmesiyle ortaya çıkabilir. Çok nadir olarak marjinal plasenta previada plasentanın yukarı çıkmasıyla bu durum görülebilir. Bu damarlar doğum sırasında kompresyona ve yırtılmaya eğilimlidirler ve bu durumda fetüse ait kanamalar görülebilir. İntrapartum sinusoidal patern veya ciddi variable deselerasyonlar izlenebilir. Vasa previa sonuç olarak ciddi perinatal mortalite ile ilişkilidir ve vakaların büyük çoğunluğu antenatal olarak tanı almamaktadır. Prenatal tanı alan vakalarda sağ kalımın %44'den %97'e yükseldiği bu plasental insersiyon anomalisinde, özellikle 3. trimesterde hekimlerde bu konuda farkındalık oluşmalıdır.

**PB-005****Postpartum kanamaya neden olan uterin inversiyon olgu sunumu**

Feyza Özçelik, Kaddafi Özçelik, Arzu Aydın

Niğde Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Niğde

**Amaç:** Uterine inversiyon (ters dönme) doğumun üçüncü evresinin sık rastlanmayan ve hayatı tehdit edebilen bir kompli-

kasyonudur. Puerperal inversiyon sıklığı çalışmalarda 550'de bir ile bir kaç binde bir arasında değişmektedir. Doğumdan sonra meydana gelen uterus inversiyonu acilen tanınmalı ve tedavi edilmelidir, aksi halde anne ölümlerine kadar gidebilen uterin atoni, kanama ve şok tablosuna neden olabilir. Biz bu vaka primipar bir hastada normal doğum sonrası inversiyon olup kanama nedeni ile atoniye girip operasyon ile uterusun normal haline getirilmesi ve atoniye yaklaşım olgusunu sunduk.

**Olgu:** Hasta 20 yaşında nullipar olup gebeliğin 40. haftasını doldurmuş düzenli kasılmaları olması üzerine doğumhaneye alınmıştır. Bilinen bir hastalığı olmayan, gebeliğinde takipli ve tüm tetkikleri normal olan bir gebedir. Doğum oksitosin verilmesi sonucu 12 saat sonra gerçekleşmiştir. Sağlıklı 3000 kg erkek çocuk doğmuştur. Plasenta yaklaşık yarım saat sonra tamamen ayrılmış olup doğum sonrası normal bir kanama hali mevcuttur. Daha sonra yapılan spekulum muayenesinde servikal os izlenmeyip inversiyon şüphesine düşmemizi sağlayan vajinal muayenede elle palpe edilebilen kitle görünümü ve kanamanın artması görülmüştür. Yapılan batın ultrasonografide fundus yerinde izlenmemiştir. Elle müdahaleye uygun olmayan ve kanamanın artmış olması atoni hali görülmesi üzerine hasta operasyona alınmıştır. batın phansitel kesi ile açılarak uterin inversiyon hali görülmüştür. Elle alttan kontrollü bir şekilde uterus normal seyrine getirilmiştir. Sonrasında uterusun gevşek olması üzerine uterin masaj yapılıp, oksitosin enjeksiyonu ve mayi içinde verilmesi ile toplaması sağlanmıştır. Yapılan hemogloblin kontrolü 7 hgb olup 2 ünite eritrosit replasmanı yapılmıştır. Hastanın genel durumunun iyi olması üzerine 3 gün sonra şifa-en taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Uterin inversiyon uterus fundusunun ters dönüp serviksten dışarı çıkması halidir. Genelde doğumun 3. aşaması olan plasenta ayrılması esnasında görülür. Sık rastlanmayan bir komplikasyondur. Serviksi geçme derecesine göre 3 gruba ayrılır. Nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Uterin inversiyon vakaları sonucu ortalama kan kaybı yapılan çalışmalara göre 500–2500 ml arası olup yapılan 11 inversiyon vakası sonrası replasman yaklaşık 2 veya 5 ünite arasındadır. Tek bir vakada kardiyak arrest görülmüştür. İnversiyon yönetimi cerrahi olmayan ya da cerrahi olarak elle redüksiyon şeklindedir. Bizim bu olgumuzda cerrahi olarak elle redüksiyon yapılıp, atoni haline müdahale edilmiş olup histerektomiye gerek duyulmamıştır.

**PB-006****Monoamniotik ikiz gebelikte Fallot tetralojisi açısından diskordans**

And Yavuz, Mehmet Özgür Akkurt, Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Isparta

**Amaç:** Fertilize olan oositin fertilizasyondan 8–12 gün sonra bölünmesiyle oluşan monoamniotik monokoryonik (MKMA)

ikiz gebelikler 10.000 gebelikte 1 görülürler. Genetik olarak birbirlerinin benzeri olan fetüsler aynı cinsiyete ve tek placentaya sahiptir. Bu gebeliklerde fetal mortalite oranı %20'dir. Bu yüksek mortalite oranının sebebi kordon kazalarıdır. Bu nedenle MKMA ikiz gebeliği olan kadınlara 28. gebelik haftasında hospitalizasyon, günlük 2–4 saat arayla monitorizasyon ve 32. gebelik haftasında sezaryen ile doğum önerilmektedir. Fallot tetralojisi (TOF) sağ ventrikül hipertrofisi, ventriküler septal defekt, sağ ventrikül çıkış darlığı, aortanın dekstropozisyonu ve “overriding” ile kendini gösteren 10.000 canlı doğumda 3.9 oranında görülen bir kardiyak anomalidir. TOF, genellikle sporadiktir ve başka anomaliler eşlik etmemekle beraber Down sendromu gibi genetik bir hastalığın parçası olarak da görülebilir. Bu yüzden antenatal dönemde TOF saptanan gebelere genetik inceleme önerilmelidir. TOF'a %40 oranında diğer kardiyak anomaliler eşlik edebilmektedir. Semptomlar, pulmoner stenozun derecesi ve pulmoner kan akımının miktarı ile ilgilidir. Hastaların çoğu doğumdan itibaren siyanotiktir. Anoksik speller genellikle ağlama ve beslenme sırasında görülür. Kardiyopulmoner by pass yardımı ile yapılan bu ameliyatın mortalitesi günümüzde %5 civarındadır. Olguların %1'inde blok nedeniyle kalıcı “pacemaker” uygulanması gerekebilir. Kliniğimizde detaylı fetal ultrasonografi esnasında ikiz eşlerinden birinde TOF saptadığımız, MKMA ikiz gebelik olgusunu sunmaktayız.

**Olgu:** Dış merkezden 22. gebelik haftasında detaylı ultrasonografi için sevk edilen 24 yaşında ilk gebeliği olan kadının fetal ekokardiografik incelemesinde monoamniyotik fetüslerden birinde TOF ile uyumlu görünüm saptandı. Bu fetüste kardiyak anomali dışında başka bir sorun izlenmedi. Diğer fetüsün fetal ekokardiografisi, nörosonografisi ve ayrıntılı ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Aileye amniyosentez ve selektif fetosit önerildi fakat aile kabul etmedi. Haftada bir fetal büyüme ve Doppler incelemesi planlandı. Yirmisekizinci gebelik haftasına herhangi bir komplikasyon olmadan gelen gebeye hospitalizasyon önerildi; fakat aile bunu kabul etmedi. Gebe 28+4 gebelik haftasında fetal hareket yokluğu nedeniyle dış merkezde hastaneye başvurdu. Alınan bilgiye göre fetüslerin hastaneye başvurduğunda ex olduğu ve makat-baş prezentasyonunu nedeniyle sezaryen ile doğurtulduğu öğrenildi. Sezaryen esnasında fetal kordonların birbirine dolanmış olduğu ve “gerçek düğüm” saptandığı belirtildi.

**Sonuç:** MKMA ikiz gebeliklerde artmış konjenital anomali insidansından dolayı ayrıntılı fetal ultrasonografi ve fetal ekokardiografi endikasyonu bulunmaktadır. Her ne kadar MKMA ikiz gebeliklerde fetüslerin genetik uyumu beklense de fetal anomali taramasında sadece tek bir fetüsün incelenmesi, fetüslerde diskordans olabileceğinden, yeterli değildir. MKMA ikiz gebelikler yüksek perinatal mortalite oranına sahip oldukları için erken dönemde hospitalizasyon ve preterm doğum planlanmalıdır.

## PB-007

### Yapışık ikizliğin nadir bir formu: Terata anadidyma olgusu

Oya Soylu Karapınar, İlay Gözükara, Arif Güngören, Orhan Nural

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay*

**Amaç:** Yapışık ikizlik 1/50.000–1/100.000 sıklıkta görülen ağır morbidite ve mortalite ile seyreden çok nadir bir anomali. Etiyolojisinde tek bir embriyonik kistin 13.–15. günlerde komplet ayrılmasının gerçekleşmemesinin rol oynadığı düşünülmektedir. 3 gruba klasifiye edilir: Terata catydidymus, Terata anadidyma, Terata anacatadyma. Bu gruplar arasında terata anacatadidyma varyasyonları (%59.3) en sık görülen tipi olup diğer formlar nadirdir. En erken intrauterin 12. haftada yapılan antenatal ultrason (USG) ile tanı konulabilirken, 20. hafta sonrası yapılan ayrıntılı USG'de paylaşılan organlar ortaya konabilir. Yaklaşık %40'ı abortusla sonlanır. Olguların 1/3'ü ise 24 saatten daha kısa sürede ölürlür. Burada kliniğimizde terata anadidyma olarak değerlendirdiğimiz yapışık ikiz olgusunu vaka olarak sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 22 yaşında G:4 P:2 Y:1 olan olgunun SAT'e göre 17 haftalık gebeliği mevcut idi. Yapılan rutin obstetrik incelemede tek amniyon kesesi içinde tek baş, tek gövde (tek kalp) ve iki pelvik bölge (ikiside kız cinsiyet) ve 4 alt ekstremitte görülen yapışık ikiz vakası izlendi. Daha ayrıntılı ultrason yapıldığında craniumda lemon sign, ensefalosel, toraksta tek kalp, iki vertebral kolon, abdomende umblikustan köken alan kistik lezyon mevcuttu ve göbekten itibaren iki ayrı pelvis (ikiside kız cinsiyet) ve dört ekstremitte izlendi. Ayrıca, CRL: 14 hft±5 gün, plasentanın fundal posterior yerleşimli, suyunun normal olduğu gözlemlendi. Fetusun amniyosentez sonrası karyotiplenmesi normal olarak tespit edildi. Olgunun soy geçmişi ve özgeçmişinde özellik yoktu. İlaç kullanımı, sigara ve alkol hikayesi yok idi. Eşle akrabalık yok idi. Laboratuvar bulgularında patolojik bir değer saptanmadı. Bu bulguların değerlendirilmesinden sonra hasta ve esine 14–15 haftalık yapışık ikiz bir gebeliğinin olduğu, tek bir kalbin bulunduğu beklenirse doğacak çocuğun hayatla bağdaşmayacak bir anomalisinin olduğu anlatıldı. Gebeliğin sonlandırılması tavsiye edildi. Hastanın ve ailesinin bu teklifimizi kabul etmesi üzerine cytotec tablet (misoprostol) tablet ile abortus sağlandı. Fetus ultrasondaki bulgularımız gibi tek kafa, çift pelvis (cinsiyetleri kız) idi ve üst yandan bir bölümlü birleşik, iki abdomeni olan ikizler idi. 4 adet üst ekstremitte vardı, torakal yanlardan yapışık idi göbekten itibaren ayrı ikizler idi. İmperefor anüs mevcuttu. Fetus bu haliyle alt gövde yarısı çift üst gövde yarısı tek veya üst yandan bir bölümlü birleşik ikizlik olan terata anadidyma olgusu idi.

**Sonuç:** İkiz gebelik takiplerinde ilk trimesterde yapılan ultrasonografide koryoniste tayini (kaç amniyos kesesi, kaç placentaya olduğu) son derece önemlidir. Doğumdan önce koryoniste, monozigotik monoamniyotik ikizleri veya yapışık ikiz-